

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Integration - Möglichkeiten und Grenzen Interdisziplinäre Diskurse

Johann Götschl: Wege zur Integration? Dynamische Zusammenhänge zwischen Disziplinarität und Interdisziplinarität. Wissenschaftsphilosophische Zugänge

Peter Filzmaier: Integration als politische „Mission impossible“? Ein Thema zwischen Inhalten und Wettbewerbslogik

Klaus Ottomeyer: Flucht, Trauma, Integration in der heutigen Gesellschaft

Rudolf Richter: Integration wohin? Ist Integration in einer globalisierten Welt möglich?

Klaus Dörner: Die Funktion der Ethik für die Integration

Günter Schiepek: Integration in der Psychotherapie - Was kann die Neurobiologie leisten? Welche Kriterien sollte eine Integration erfüllen? Wie sieht eine Integration auf der Basis der Synergetik aus?

Ilse Orth/Hilarion G. Petzold: Leib, Sprache, Geschichte in einer integrativen und kreativen Psychotherapie. Über die Heilkraft von „Poesietherapie“ und „kreativen Medien“

Marianne Springer-Kremser, Katharina Leithner-Dziubas, Alexandra Fritz: Ist die Psychotherapie weiblich? Zur Bedeutung der Geschlechtszugehörigkeit als eine potentiell wichtige Variable in psychotherapeutischer Praxis und in der Psychotherapieforschung

Christian Pieringer/Walter Pieringer: Die Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Theorie

Theodor Meißel: Zur Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie. Zur Praxeologie



INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

Begründet von Charlotte Bühler (†) und Hilarion Petzold

Herausgeber: Prof. Dr. Dr. Dr. *Hilarion G. Petzold*, Düsseldorf/Amsterdam/Paris
Prof. Dr. med. *Anton Leitner*, Krems

Mitherausgeber: Dr. phil. *Renate Frühmann*, Salzburg • Prof. Dr. phil. *Michael Märten*, Ev. Fachhochschule Frankfurt
• Prof. Dr. phil. *Heidi Möller*, Universität Kassel • Dipl.-Sup. *Ilse Orth*, MSc. Europäische Akademie für psychosoziale
Gesundheit, Hückeswagen • Dipl.soz.päd. *Peter Osten*, MSc. Fritz Perls Institut, Düsseldorf • Prof. Dr. med. *Ulrich Sch-
nyder*, Psychiatrische Poliklinik, Universitätsspital Zürich • Prof. Dr. päd. *Waldemar Schuch* M.A., Donau-Universität
Krems

Redaktion: *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec*, MAS

Wissenschaftlicher Beirat: Univ.-Prof. Dr. phil. *Reiner Bastine*, Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
• Univ.-Prof. Dr. *Urs Baumann*, Psychologisches Institut der Universität Salzburg • Univ.-Prof. Dr. *Josef Egger*, Univ.
Klinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie Graz • Univ.-Prof. Dr. *Winfried Huber*, Lehrstuhl f. Klinische
Psychologie der Universität Löwen • Univ.-Prof. Dr. med. *Horst Kächele*, Abt. Psychotherapie der Universität Ulm •
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. phil. *Uwe Koch*, Abt. für Medizinische Psychologie des Universitäts-Krankenhauses Eppendorf •
Univ.-Prof. Dr. phil. *Jürgen Kriz*, Fachbereich Psychologie der Universität Osnabrück • Dr. med. *Grete A. Leutz*, Moreno
Institut Überlingen • Univ.-Prof. Dr. phil. *Harry Schröder*, Fachbereich Psychologie der Universität Leipzig

International Board: Approaches to therapy: *George I. Brown*, Santa Barbara, Integrative Pädagogik (Confluent Educa-
tion) • *Ruth C. Cohn*, Düsseldorf, Themenzentrierte Interaktion • *Fanita English*, Philadelphia, Transaktionale Analyse •
Bernd Fittkau, Hamburg, Transpersonale Psychologie • *Stanislav Grof*, Big Sur, Psycholytische Therapie • *Jack J. Leedy*,
New York, Poesietherapie • *Alexander Lowen*, New York, Bioenergetische Analyse • *Ilse Middendorf*, Berlin, Atemthera-
pie • *Zerka T. Moreno*, New York, Psychodrama • *Herbert Otto*, La Jolla, Persönlichkeitsentfaltung (Personal Growth) •
Anne A. Schützenberger-Ancelin, Paris, Gruppendynamik • *Johanna Sieper*, Düsseldorf, Therapeutisches Theater • *Jan
Velzeboer*, Maarsen, Kreativitätstraining • *Carl Whitaker*, Madison, Familientherapie • *Ken Wilber*, Boston, Spektrum-
Psychologie • *Joseph Zinker*, Cleveland, Gestalttherapie

Ehemalige Boardmitglieder: *George Bach* • *Kenneth D. Benne* • *Vladimir N. Iljine* • *Klaus Grawe* • *Hanscarl Leuner* • *Jakob
L. Moreno* • *Lore Perls* • *Virginia Satir* • *Norbert Nagler*

INTEGRATIVE THERAPIE • Erscheinungsweise: viermal jährlich in freier Folge

Bezugspreis: Einzelheft € 11,-, Doppelheft € 22,-, Studentenabonnement € 33,-, Jahresabonnement € 42,-, zzgl. Ver-
sandkosten

Schriftleitung: Prof. Dr. H. Petzold, FPI, Achenbachstraße 40, D-40237 Düsseldorf
Prof. Dr. med. Anton Leitner, Dr. Karl Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

Redaktion: *Christiana Maria Edlhaime-Hrubec* MAS, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Manuskripte und Buchbesprechungen sind an die Schriftleitung in zwei Exemplaren zu senden. Richtlinien zur Erstel-
lung von Manuskripten sind bei der Redaktion erhältlich.

© Mit der Veröffentlichung in der Zeitschrift gehen sämtliche Verlagsrechte, insbesondere das der Übersetzung, an die
FPI-Publikationen, D-40237 Düsseldorf. Auch der auszugsweise Nachdruck bedarf der schriftlichen Genehmigung.

Edition Donau-Universität Krems, Dr. Karl-Dorrek Straße 30, A-3500 Krems

Verlag: Krammer Verlag, Kaiserstraße 13, A-1070 Wien

Theodor Meißel

Zur Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Zur Praxeologie

I.

In der Kontroverse zwischen psychologisch und pharmakologisch orientierten Psychiatern und anderen Therapeuten wird häufig von psychotherapeutischer Seite unausgesprochen für die Psychotherapie quasi automatisch ein Vollbesitz ethischer Legitimierung angenommen, während der Eingriffscharakter der Psychopharmabehandlung betont wird und dafür besondere ethische Spielregeln gefordert werden.

Psychotherapie ist aber ein eingreifendes Heilverfahren mit höchst spezifischen Wirkungen, aber eben auch Nebenwirkungen, Risiken und Grenzen ihrer Wirksamkeit und wirft ebenso wie andere Therapieverfahren entsprechende ethische Fragen auf.

So hat sich der Vatikan nicht zufällig höchst kritisch gegenüber der Psychoanalyse geäußert, *Papst Pius XII.* etwa befunden: „Es gibt ein Gesetz persönlicher Intaktheit und Reinheit, persönlicher Selbstachtung des Menschen und Christen, das ein solches totales Ein- und Untertauchen in die sexuelle Vorstellungs- und Affektwelt verbietet. Das medizinische, psychotherapeutische „Interesse des Patienten“ findet hier eine sittliche Schranke“ (cit. *Cremerius* 1981, 296).

Auch wenn sich kirchliche Vorbehalte und Kritik besonders gegen die „pansexualistische“ Psychoanalyse richten, müssten sie ja wohl gegen alle ernsthaften psychotherapeutischen Bestrebungen gelten, in denen Menschen grundsätzlich beeinflusst und verändert werden sollen, so dass ihnen ein neues, funktionelleres und befriedigenderes Fühlen und Denken, Erleben und Verhalten möglich wird.

Auf der anderen Seite gab es volle Zustimmung von kirchlicher Seite zu *Wagner-Jaureggs* Behandlungsmethode der progressiven Paralyse und anderer Psychosen durch ärztlich herbeigeführte Malariainfektion (cit. *Niedermeyer* 1954, 329), eine Therapiemethode, die schon seinerzeit heftig diskutiert und als moralisch fragwürdig eingeschätzt wurde (wobei Psychoanalytiker wie *Freud*, *Federn* oder *Schilder* ganz offensichtlich *Wagner-Jaureggs* ethische Position teilten).

Wenn in der *Asklepios*-Medizin die Forderung aufgestellt wird, zuerst durch das Wort zu heilen, so verweise ich auf *Freud*, der immer wieder auf die Wirkmächtigkeit dieses therapeutischen „Wortes“ hingewiesen hat (*Freud* 1890a, 289), dem wichtigsten Mittel der psychischen Behandlung, und dass es darum ginge, „den günstigsten Seelenzustand zielbewusst mit geeigneten Mitteln zu erzwingen (Hervorhebung T.M.)“ (*ibid.* 302), und dass *Freud* seine Psychoanalyse (ganz im Sinne der Vorbehalte

des Vatikans) als Methode verstand, die „mit den explosivsten Kräften arbeitet und der selben Vorsicht und Gewissenhaftigkeit bedarf wie der Chemiker“ (Freud 1915a, 320).

„Aber es heißt die Psychoneurosen nach der Herkunft und ihrer praktischen Bedeutung arg unterschätzen, wenn man glaubt, diese Affektionen müssten durch Operationen mit harmloseren Mittelchen zu besiegen sein. Nein, im ärztlichen Handeln wird neben der *medicina* (also dem Pharmakon!, T.M.) immer ein Raum bleiben für das *ferrum* und für das *ignis*, und so wird auch die kunstgerechte, unabgeschwächte Psychoanalyse nicht zu entbehren sein, die sich nicht scheut, die gefährlichsten seelischen Regungen zu handhaben und zum Wohle der Kranken zu meistern“ (*ibid.* 320-321).

Soviel zum Eingriffscharakter spezifischer Psychotherapie, nicht nur der Psychoanalyse.

II.

Ich spreche hier bewusst von *Krankheiten*, krankheitswertigen Zuständen, Befindlichkeiten, Störungen physischer, psychischer und sozialer Funktionen, ungeachtet anderer Terminologien mit entsprechenden Konnotationen und Konzeptionen. Und ich spreche hier zum Verhältnis von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie als zwei unterschiedlichen, sich ergänzenden, aber auch divergenten, antagonistischen Therapiemethoden bei Krankheitszuständen verschiedener Art.

Ich beziehe mich also explizit auf eine *medizinische Situation*, eine soziale Ausnahmesituation, die als Folge sozialer Entscheidungen entsprechend verschiedener, oft variabler, sich situativ durchsetzender Kriterien hergestellt wird.

Ein Todesfall kann von einem betroffenen, traumatisierten Angehörigen zusammen mit der aktuellen sozialen Umwelt auf verschiedene Weise als gemeinsames Problem sozial bewältigt werden: Familie und gutherzige Nachbarn werden mobilisiert, ein Priester wird geholt oder ein Arzt beigerufen, unter Umständen zwei oder alle drei dieser Möglichkeiten in Anspruch genommen.

Die Entscheidung für eine medizinische Lösung, die Entscheidung, dass es sich um einen Krankheitsfall handelt, hat entsprechende soziale Konsequenzen: der betroffene Kranke, der als krank Definierte, wird in eine Patientenrolle verwiesen, bestimmter sozialer Rollenverpflichtungen entledigt, z.B. zu arbeiten, andererseits zu bestimmten verpflichtet, z.B. sich krankheitsentsprechend zu verhalten und behandeln zu lassen, was aus dem gesellschaftlich dafür vorgesehenen Gesundheitsbudget nach entsprechenden Regelungen bezahlt wird.

Zu den entsprechenden Regelungen gehört, dass diese *Behandlung nach sozial anerkannten Kriterien* durchgeführt wird, eine Forderung, die nicht nur den Patienten,

sondern vor allem dem Behandler gilt, der nach einem gesellschaftlich anerkannten *state of the art* zu behandeln hat, der nach jeweils aktuellen gesellschaftlichen Werthaltungen und Kriterien bemessen wird. Diese Kriterien betreffen verschiedene Aspekte der als medizinisch definierten besonderen sozialen Situation. Zunehmend gewinnen Fragen der Therapieeffizienz, vor allem einer kurzfristigen Effizienz eine große Rolle, Ausdruck der *Bedeutung der Ökonomie*, des Geldes. Ich denke aber auch an die *Bedeutung der inneren Ökonomie* aller Beteiligten, Patienten, Therapeuten und der sozialen Umwelt, die bei der Wahl von Therapiemitteln zu berücksichtigen ist.

III.

Krankheiten sind immer mehr oder weniger komplexe Störungen mit psychischen, somatischen und sozialen Aspekten. Eine rationale Wahl entsprechend der Behandlung bedeutet meist die Wahl mehrerer, z.T. verschiedenartig, unterschiedlich wirksamer, unter Umständen auch in ihrer Wirkung nicht sich nur ergänzender, sondern auch gegensinnig wirksamer Therapiemethoden.

Die komplexe Aufgabe wird allzu gerne simplifizierend gelöst, Psychotherapie und Psychopharmakotherapie simplifizierend entsprechend bestimmten Vorstellungen, bequemen Vorurteilen verordnet, etwa Psychotherapie für leichtere, Psychopharmaka für schwerere psychische Krankheiten als wirksam und notwendig erachtet, oder Psychotherapie für Krankheiten, die auf psychische Ursachen zurückgeführt werden und Psychopharmaka für Krankheiten, die man als hereditär, konstitutionell oder sonst wie primär als somatische interpretiert.

Aber z.B. kann die Therapie der Wahl bei einer Dysthymie (also einer leichteren psychischen Störung) sinnvoll in einem Antidepressivum bestehen, unter Umständen unterstützt von einer Psychotherapie und bei einer schweren depressiven Therapie in einer ausreichenden und angemessenen spezifischen Psychotherapie, unter Umständen unterstützt durch ein Antidepressivum (siehe dazu *Mentzos* 1999,89).

Solche Entscheidungen sind immer entsprechend der Komplexität der konkreten therapeutischen Situation zu treffen, nicht simplifizierend, nicht ideologisch. Zu beachten ist ja auch, dass die Komplexität der Aufgabe nicht von vornherein zu erfassen ist, sondern *sich erst im therapeutischen Prozess entfaltet*.

Die Entscheidung liegt auch nicht nur beim Therapeuten, sondern ist gemeinsam mit dem Patienten zu treffen, gemeinsam mit diesem zu erarbeiten. Der Patient ist beim Herstellen einer *gemeinsamen Therapievereinbarung* über die diagnostische Einschätzung des Therapeuten zu informieren sowie über die möglichen und notwendigen therapeutischen Methoden, die es gibt bzw. die konkret vom Therapeuten selbst angeboten werden können.

Dabei geht es nicht nur um *Aufklärung* über Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Grenzen der konkret vom Therapeuten selbst angebotenen Behandlung, sondern

auch um die Aufklärung über andere Behandlungsoptionen, die andere Therapeuten oder therapeutische Institutionen anzubieten haben bzw. um Kombinationsmöglichkeiten verschiedener Behandlungen, eventuell notwendige Kooperationen, z.B. zwischen einem Psychotherapeuten und einem Psychopharmaka verschreibenden Psychiater.

Eine fehlende ausreichende Aufklärung über Nebenwirkungen und Risiken wäre ein Fehler, ebenso aber auch der Verzicht auf die Information über andere, zusätzliche oder alternative Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen des aktuellen wissenschaftlich gesicherten *state of the art*, z.B. eben eine zusätzliche Behandlung mit Psychopharmaka oder mit Psychotherapie und nicht nur die Reduktion auf ein simplifiziertes einseitiges Vorgehen.

Die Entscheidung zur gemeinsamen therapeutischen Arbeit zwischen Therapeut und Patient wird *immer auf beiden Seiten eine subjektive* sein, sein müssen, aber hat wissend und aufgeklärt in Bezug auf das Spektrum von Möglichkeiten zu erfolgen. Dies ist nicht nur grundlegend für eine ethisch verantwortbare und auch rechtlich gesicherte therapeutische Situation, sondern grundsätzlicher Ausdruck einer notwendigen Haltung in der Therapie, in der *beide* Seiten bereit sind, sich in Frage zu stellen und damit Veränderungen auf etwas Neues hin möglich machen, anstreben, erarbeiten.

IV.

Ich betone die Bedeutung der Subjektivität bei Therapeuten und Patienten in der medizinischen Situation, nicht nur, um auf den notwendigen Spielraum für beide Seiten, sondern auch besonders um auf die entsprechende Verantwortung dabei hinzuweisen. Für den Therapeuten bedeutet dies eine professionelle Schulung und Bereitschaft zur Weiterentwicklung, eine ernsthafte Auseinandersetzung mit dem aktuellen Stand der Erfahrung und des Wissens in seinem Arbeitsgebiet, aber auch mit den gesellschaftlichen ideologischen und ökonomischen Rahmenbedingungen seiner Arbeit.

Und es geht nicht nur um ein ausreichend gesichertes *Wissen* des Therapeuten, sondern besonders auch um ausreichende *Selbsterfahrung* und Bereitschaft und Fähigkeit zur *Selbstrelativierung*, erworben in Lehranalyse bzw. vergleichbarer seelischer Auseinandersetzung mit sich selbst in Beziehung mit einem anerkannten Lehrtherapeuten und anhaltend gepflegt und weiterentwickelt in *ausreichender und regelmäßiger Supervision*, d.h. die anhaltende Bereitschaft, die therapeutische Expertise und die damit legitimierte therapeutische Macht in Frage zu stellen.

Eine solche Professionalität wird den Patienten vor den Gefahren der Subjektivität auf Therapeutenseite zumindest ansatzweise schützen, vor Missbrauchsmöglichkeiten in vielfältiger Weise.

Es geht dabei ja nicht nur um sexuellen Missbrauch, um Missbrauch durch Ausagieren sexueller und aggressiver Partialtriebe im Rahmen unbewältigter infantiler

Doktorspielbestrebungen, sondern besonders auch um Missbrauch des Patienten durch Ausagieren narzisstischer Bedürfnisse im Rahmen verschieden gestaltiger Helfersyndrome, nicht zuletzt im Delegieren von Lösungen unerledigter Konflikte des Therapeuten an den Patienten und insgesamt um narzisstische Gratifikationen im Ausüben einer machtvollen, wenig beschränkten Therapeutenrolle (Meißel 1996a).

Es geht also in besonderer Weise um Prestige und — um Geld, das man mit seiner therapeutischen Methode verdient, an Patienten, aber auch an den Schülern als Lehrtherapeut und damit sei ein wesentliches Moment in der Beziehung zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie angesprochen, die Konkurrenzsituation der Vertreter beider Therapieansätze auf dem Markt, auf dem Behandlungen, Heilungen und Heil angeboten werden.

Die Konkurrenzsituation betrifft nicht nur psychosoziale und medizinische Institutionen und deren Vertreter, sondern auch religiöse und esoterische. Vor diesem Hintergrund kann man des Papstes Ablehnung des tiefgehenden Eingriffs der Psychoanalyse ins Seelenleben auch mit Konkurrenzmotiven erklären, denn tiefgehende seelische Veränderung ist gerade dem religiösen Erleben und Anspruch selber eigen, auch wenn nicht jedem Gläubigen ein derartig existentielles Erleben persönlicher Transformation zuteil wird wie einem *Saulus* vor Damaskus.

In diesem Zusammenhang ist es nützlich, sich an das zu erinnern, was *Michael Balint* schon vor über 40 Jahren über die „*apostolische Sendung oder Funktion*“ des Arztes geschrieben hat, nämlich dessen vage, aber fast unerschütterliche feste Vorstellung davon, wie ein Mensch sich verhalten soll, wenn er krank sei. Es sei fast so, als ob jeder Arzt eine Offenbarung darüber besäße, was das Rechte für seine Patienten sei, was sie also hoffen sollten, dulden müssten, und als ob es seine, des Arztes, heilige Pflicht sei, die Unwissenden und Ungläubigen unter seinen Patienten zu diesem, seinem Glauben, zu bekehren (Balint 1980, 292).

Balint verweist auf die Notwendigkeit einer „elastischen Pharmakologie“ der Droge Arzt (*ibid.*, 392), räumt ein, dass jeder Arzt anpassungsfähig genug sei, um eine Vielfalt von Beziehungen zu seinen Patienten zu unterhalten, betont aber auch die Grenzen dieser Elastizität in den individuellen Faktoren des Arztes, nicht zuletzt dessen Glaubenseifer (*ibid.*, 290ff.). Das gilt natürlich ebenso für nicht ärztliche Therapeuten und Laienhelfer aller Art.

Um die hier angesprochene Problematik nicht nur unter dem Aspekt von Abwehrmechanismen und Pathologie auf Therapeutenseite zu behandeln, sei abschließend auf die konfliktvolle Beziehung zwischen einer mittelklasseentsprechenden „*Kultur der Selbstverwirklichung*“ und einer unterklasseentsprechenden „*Kultur der Notwendigkeit*“ hingewiesen, die der Soziologe *Heinz Bude* beschrieben hat:

„Die Lebensführung dreht sich in einem Fall darum, sich selbst auszudrücken und sein Selbst zu finden, im anderen Fall darum, Schwierigkeiten zu vermeiden und Gelegenheiten zu nutzen. Da in der einen Variante die Probleme des Überlebens im Prinzip gelöst sind, kann man sich den Problemen des Selbst zuwenden, da in der anderen Variante das ganze Leben darin besteht, die Probleme der knappen Mittel zu meistern, fehlt für die Probleme des Selbst das Verständnis...Die „Kultur der Selbstverwirklichung“ beruht auf dem Postulat der unbedingten Selbstmaximierung, was im übrigen durchaus mit einer fernöstlich inspirierten Weltanschauung der Selbstbescheidung zu vereinbaren ist, und die „Kultur der Notwendigkeit“ nimmt im Grunde die Selbstrelativierung durch den „stummen Zwang der Verhältnisse“ (*Karl Marx*) hin...Der immer wieder aufflackernde Streit zwischen denen, die an die „Kultur der Selbstverwirklichung“ glauben und denen, die im Stillen davon überzeugt sind, dass im Leben letztlich zählt, wie einer mit Schwierigkeiten zurecht kommt, ist mithin als eine Art kultureller Klassenkampf zu begreifen...Die „Kultur der Selbstverwirklichung“ ist nun einmal die dominierende und die „Kultur der Notwendigkeit“ die dominierte Kultur in unserer Gesellschaft“ (*Bude* 2002, 107-108).

V.

An dieser Stelle nur kurz zu meiner eigenen therapeutischen Praxis und der *Konzeption von Psychotherapie und Psychopharmakotherapie* darin. Ich sehe - gleichsam als praktizierender Psychoanalytiker - Psychopharmakotherapie grundsätzlich nur im Rahmen einer psychotherapeutisch zu gestaltenden therapeutischen Beziehung. Im Rahmen des Konzepts von Übertragung und Gegenübertragung folge ich *Cremerius*, der die Abstinenzregel als operational und nicht regelhaft zu gebrauchen vorschlägt (*Cremerius* 1984), sehe Handeln von Patienten- wie von Therapeutenseite als Agieren im Rahmen eines *Handlungsdialoges* im Sinne von *Klüwer* (*Klüwer* 1983) bzw. eines *enactments* im Sinne der englisch-amerikanischen Psychoanalyse (*Chused* 1991), in dem der Gebrauch von Psychopharmaka als Mittel beidseitiger Beziehungsgestaltung verstanden wird, mit denen allerdings nicht nur etwas getan, sondern über die und deren Bedeutung auch kommuniziert wird (*Meißel* 1997, 2001).

Psychopharmaka sehe ich also als Parameter der Psychotherapie zugeordnet, durchaus im Sinne von *Eissler* (*Eissler* 1953) als zu bearbeitende und tendenziell nicht mehr notwendige Parameter, wenngleich als komplexe, Realitäten schaffende, die nicht in allen Aspekten zu bearbeiten sein werden.

Dabei ist zu berücksichtigen, dass, wie schon *Balint* vor Jahrzehnten darauf hingewiesen hat, Psychopharmaka etwas sind, was beide Seiten in der therapeutischen Beziehung, also sowohl Arzt als auch Patient, brauchen, und was in dieser Hinsicht ständig zu hinterfragen ist (*Balint* 1975). Es ist aber auch keine Schande, jemanden zu brauchen, um mit Lebensproblemen, somatischer, psychischer oder sozialer Art

zurechtzukommen, das gilt ja auch für Therapeuten. Es ist keine Schande, nicht alles alleine zu schaffen und nicht nur alles aus sich schöpfen zu können, alles schon von vornherein besser zu wissen (das ist unter anderem ja gerade das narzisstische Problem beim Helfersyndrom bzw. beim Burnout-Syndrom), sondern sich als geschult verstehen zu können, als jemand, der etwas bei Lehrmeistern gelernt hat und dem Wert geben kann.

Und dabei geht es nicht nur um den Gebrauch psychischer Schulung, erworbenen psychischen Know-how's, sondern auch um den Gebrauch technischen Know-how's, z.B. eben Psychopharmaka, bei denen man nicht vergessen darf, dass diese kulturell erworben, Produkte menschlicher Kulturentwicklung sind. Die Gefahr missbräuchlicher Instrumentalisierung von Therapiemitteln gilt nicht nur für technische Mittel wie die Psychopharmaka, sondern auch für psychologische, ist bei diesen unter Umständen nur schwerer erkennbar, verborgen hinter Stereotypen und Polarisierungen von Heilung durch „gute“ Psychotherapie und Gefahren seitens „böser“ Psychopharmaka (Meißel 1996b).

Psychotherapie, Psychopharmaka und andere therapeutische Interventionen, ich denke an sozialpsychiatrische verschiedener Art, sind in einem Gesamtbehandlungsplan zu integrieren, den ein Therapeut mit dem Patienten zu erarbeiten hat bzw. in Kooperation mit anderen Therapeuten bzw. therapeutischen Institutionen. Um den Prozesscharakter und die differenzierte Arbeit dabei zu unterstreichen, möchte ich lieber von einer *Gesamtbehandlungskultur* sprechen, in der verschiedene heterogene Momente in andauernden Bezug gebracht werden müssen.

Das *Freudsche* Junktum von Forschen und Heilen (Freud 1927a, 293) sehe ich als Analytiker als grundlegende Annahme über die Wirksamkeit der Psychoanalyse, aber auch als Ausdruck ihres Anspruchs auf Aufklärung. Die Grenzen der „apostolischen Sendung“ in diesem Geist sind im Hinblick auf den erwähnten kulturellen Klassenkampf, der „Kulturen der Selbstverwirklichung bzw. der Notwendigkeit“ allerdings zu bearbeiten.

Zusammenfassung: Zur Kontroverse zwischen Psychotherapie und Psychopharmakotherapie

Zur Praxeologie

Im Hinblick auf die jeweils komplexe therapeutische Aufgabe am einzelnen Patienten wird der Prozesscharakter verschiedener therapeutischer Interventionen, insbesondere psychotherapeutischer und psychopharmakotherapeutischer, diskutiert. Es wird eine Gesamtbehandlungskultur propagiert, in der solche heterogene therapeutische Momente in andauernden Bezug zueinander gebracht werden müssen.

Schlüsselworte: Biopsychosoziales Krankheitsmodell, Gesamtbehandlungskultur, integrative Psychopharmakotherapie

Summary: About the controversy between psychotherapy and psychopharmacotherapy. About the Praxeology

In view of each complex therapeutic task on the individual patient, the process character is discussed of various therapeutic interventions, especially psychotherapeutic and psychopharmacotherapeutic. An overall treatment culture is propagated, in which such heterogeneous therapeutic moments must be brought together in continuing relation to each other.

Keywords: Bio-psycho-social disease model, overall treatment culture, integrative psychopharmacotherapy

Literatur

- Balint, Michael (1975): Schlußfolgerungen - Was soll man tun? In: *Balint, Michael; Hunt, John; Joyce, Dick; Marinker, Marshall; Woodcock, Jasper* (1975): *Das Wiederholungsrezept. Behandlung oder Diagnose?* Stuttgart: Klett, 143 - 155
- Balint, Michael (1980): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.* Stuttgart: Klett-Cotta, 5. Auflage
- Bude, Heinz (2002): *Der Arbeitskonsensus des klinischen Personals.* In: *Meißel, Theodor; Gerd, Eichberger* (Hg.) (2002): *Perspektiven einer künftigen Psychiatrie.* Linz: edition pro mente, 103-113
- Chused, Judith F. (1991): *The Evocative Power of Enactments.* *J. Am. Psychoanal. Ass.* 39 (1991) 615-639
- Cremerius, Johannes (Hg.) (1981): *Die Rezeption der Psychoanalyse in der Soziologie, Psychologie und Theologie im deutschsprachigen Raum bis 1940.* Frankfurt am Main: Suhrkamp (suhrkamp taschenbuch wissenschaft 296)
- Cremerius, Johannes (1984): *Die psychoanalytische Abstinenzregel. Vom regelhaften zum operationalen Gebrauch.* *Psyche* 38 (1984) 769-800
- Eissler; Kurt R. (1953): *The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique.* In: *J. Am. Psychoanal. Ass.* 1 (1953) 104-143
- Freud, Sigmund (1890a): *Psychische Behandlung (Seelenbehandlung).* *G. W.*, Bd. 5, 287-315
- Freud, Sigmund (1915a): *Bemerkungen über die Übertragungsliebe.* *G. W.*, Bd. 10, 305-321
- Freud, Sigmund (1927): *Nachwort zur Frage der Laienanalyse.* *G. W.*, Bd. 14, 287-296
- Klüwer, Rolf (1983): *Agieren und Mitagieren.* *Psyche* 37 (1983) 828-840
- Niedermeyer, Albert (1954): *Ärztliche Ethik.* Wien: Klett
- Meißel, Theodor (1996a): *Placebo, Compliance und der Traum von Irmas Injektion.* Linz: edition pro mente
- Meißel, Theodor (1996b): *Unbewusste Motive im Complianceverhalten bei der Behandlung mit Psychopharmaka.* In: *Möller, Hans-Jürgen; Kapfhammer, Hans-Peter* (Hg.) (1996) *Interaktion von medikamentöser und psychosozialer Therapie in der Psychiatrie.* Linz: edition pro mente, 79-98
- Meißel, Theodor (1997): *Das Psychopharmakon im Handlungsdialog – psychoanalytische Überlegungen zur Verwendung von Psychopharmaka in der Psychosentherapie.* *texte – psychoanalyse. aesthetik. kulturkritik* (1997) 33-58
- Meißel, Theodor (2001): *Übertragungsprozess und Medikamentengabe.* In: *texte – psychoanalyse. aesthetik. kulturkritik* (2001) 60-91
- Mentzos, Stavros (1999): *Versuch einer psychodynamischen Differentialdiagnostik zwischen der „endogenen“ (heute: der schweren, der monopolaren, der major) Depression und der „neurotischen“ Depression (heute: Dysthymia).* In: *Lempa, Günther; Elisabeth, Troje* (Hg.) (1999): *Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie* Bd. 1: *Psychosendiagnostik: Psychodynamisierung versus Operationalisierung.* Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 72-92

Korrespondenzadresse:

Prim. Dr. Theodor Meißel
NÖ Landeskrankenhaus Donauregion Tulln
Abteilung für Stationäre Psychotherapie

Alter Ziegelweg 10
3430 Tulln an der Donau
Österreich

Tel: 02272/601/59584

Fax: 02272/601/17751

E-Mail-Adresse:

theodor.meissel@tulln.lknoe.at